



WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 18 MONTHS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ໄວເດັກນັ້ນຕົ້ນ: **18** ເດືອນ

ພໍ່ແມ່ເປັນຜູ້ປະກອບໃຫ້ແກ່ລູກ	ຊື່ເດັກ	ວັນເກີດ
	ອາການຜິດ	ຢາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ
	ອາການຈຳເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາ/ສິ່ງກັງວົນ ນັບແຕ່ມາເທື່ອສຸດທ້າຍ	
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍກິນເອງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍສາມາດເວົ້າໄດ້ 6-12 ຄໍາ.	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍຍົກມື ບາຍບາຍ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍສາມາດເຮັດຕາມຄໍາຊີ້ນຳງ່າຍໆ.

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE
---------------------------	--------------------------	----------------------

Review of systems Review of family history

Screening:

	N	A	
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings.

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Hct/Hgb Dental Referral Lead Exposure

Fluoride Supplements Fluoride Varnish

Review Immunization Record

Health Education: (Check all completed)

Nutrition Toilet Training Safety

Development Car Seat or Booster Seat Other

Passive Smoking Discipline/Limits Routine

Child Care

Assessment: _____

NEXT VISIT: 3 YEARS OF AGE

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER ADDRESS

EARLY CHILDHOOD: 18 MONTHS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (18 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.
They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Walks backward.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Says 3 words besides "Dada" and "Mama".</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Points to 1-2 body parts ("show me your nose, eyes," etc.).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drinks from a cup.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Imitates household chores such as sweeping.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Uses 20 words.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Understands the meaning of "Get up " or "Sit down."
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stacks 2 blocks.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scribbles.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avoids eye contact.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persistent rocking, hand flapping, head banging or toe walking.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, or if you have checked one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**

ສຸຂພາບເດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 18 ເດືອນ

ປາກົດການຊີວິດ

ວິທີການເຕີບໂຕຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ
ລະຫວ່າງອາຍຸ 18 ຫາ 24 ເດືອນ.

ເວົ້າປະໂຫຍກຢ່າງນ້ອຍສອງຄຳ.

ກອງຫ້າ ຫລື ຫົກ ບລອກ.

ເຕະ ແລະ ໂຍນບານ.

ໃຊ້ຈອກ, ບ່ວງ, ແລະ ສ້ອມ.

ປະຕິບັດຕາມຄຳຊີ້ນຳສອງ-ອັນ.

ພະຍາຍາມເຮັດເສັ້ນຊື່ ແລະ ວົງມົນດ້ວຍສິ່ງສີ.

ທ່ານຊ່ວຍເດັກຂອງທ່ານໃຫ້ຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່
ໂດຍການຫລິ້ນກັບລາວ (ຍິງ).

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອ ຫລື ອຳນວຍເຜີ້ມເຕີມ

ສຸຂພາບ ແລະ ການເຕີບໂຕຂອງເດັກ, ການສັກຢາກັນ:
ສາຍການສົ່ງຕໍ່ໄປ ແລະ ອຳນວຍໃຫ້ແມ່ມີສຸຂພາບສົມບູນ, ໃຫ້ເດັກ
ສົມບູນ, 1-800-322-2588 (VOICE) ຫລື 1-800-833-
8388 (TTY Relay).

ຄຳຖາມກ່ຽວກັບບ່ອນນັ່ງຮີດ: ການຮ່ວມຢັບຢັງ
ເພື່ອຄວາມປອດໄພ, 1-800-BUCK-L-UP.

ຄວາມຮູ້ການເປັນພໍ່ແມ່ ຫລື ການສນັບສນູມ: ສາຍຊ່ວຍ
ເຫລືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4873) ແຫລ່ງຕ່າງໆ
ດ້ານຄອບຄົວເຂດ ນິດແວສ 1-888-746-9568 ຫ້ອງຮຽນ
ຕາມວິທະຍາໄລທ້ອງຖິ່ນ.

ຄຳແນະນຳດ້ານສຸຂພາບ

ການກວດສຸຂພາບອັນຕໍ່ໄປຂອງເດັກຂອງທ່ານຈະຫ່າງຈາກກັນຕາມທີ່ເດັກ
ຂອງທ່ານໃຫຍ່ຂຶ້ນ. ໃຫ້ຖາມນຳທ່ານໝໍ ຫລື ພະຍາຍາມ ກ່ຽວກັບເວລາ
ທີ່ດີທີ່ສຸດສຳລັບລາວ (ຊາຍ). ຖ້າທ່ານກັງວົນໃນລະຫວ່າງການກວດ,
ໃຫ້ໂທຫາເຂົາເຈົ້າ ແລະ ຖາມນຳເຂົາເຈົ້າ.

ໃຫ້ກວດເບິ່ງ ແລະ ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໄດ້ສັກຢາກັນທັງໝົດ
ທີ່ຕ້ອງການສຳລັບອາຍຸນີ້ແລ້ວ. ຖ້າລາວ (ຊາຍ) ຂາດບາງຢ່າງ, ໃຫ້ເຮັດການ
ນັດໝາຍເພື່ອສັກກັນໂດຍໄວ. ລາວ (ຊາຍ) ຕ້ອງໄດ້ສັກສາທັງໝົດເພື່ອໃຫ້
ມີຄວາມປ້ອງກັນທີ່ດີຕໍ່ພະຍາດຮ້າຍແຮງ.

ການຢາກກິນຂອງເດັກຂອງທ່ານອາດນ້ອຍກວ່າທີ່ຜ່ານມາ. ໃຫ້ເອົາອາຫານ
ຖືກສຸຂພາບຫລາຍໆຢ່າງໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ກິນ. ປ່ອຍໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ຕັດສິນໃຈ
ຈຳນວນຂອງແຕ່ລະອາຫານເພື່ອກິນ. ຢ່າບັງຄັບໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ກິນເຂົ້າໝົດ.
ແຕ່ລະມື້ເດັກຂອງທ່ານຕ້ອງການນົມສອງຈອກ ຫລື ໂຍເກີ ຫລື ເນີຍແຂງ
ສາມແຜ່ນ. ໃຫ້ຫລີ້ກເວັ້ນອາຫານໄຂມັນຕໍ່າຈົນອາຍຸຮອດ 2 ປີ.

ຄຳແນະນຳການເປັນພໍ່ແມ່

ເດັກແຕ່ລະຄົນພັທນາການໄປຕາມວິທີທາງຂອງລາວ (ຊາຍ ຫລື ຍິງ) ເອງ,
ແຕ່ວ່າທ່ານຮູ້ຈັກເດັກຂອງທ່ານດີທີ່ສຸດ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າລາວ (ຍິງ) ບໍ່ໄດ້
ພັທນາການໄປໂດຍດີ, ລາວ (ຍິງ) ກໍສາມາດໄດ້ຮັບການກວດໂດຍບໍ່ຕ້ອງ
ເສັຽຄ່າ. ໃຫ້ໂທຫາ HMHB (ເລກຢູ່ຂ້າງຊ້າຍ) ເພື່ອຕິດຕໍ່ຜູ້ປະສານງານ
ອຳນວຍຄວບຄົວຕາມທ້ອງຖິ່ນ.

ຄຳແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ການລົ້ມເລື້ອຍໆເຮັດໃຫ້ເກີດບາດເຈັບແກ່ເດັກອ່ອນ. ພາເດັກຂອງທ່ານ
ໄປຢ່າງຫລິ້ນທີ່ປອດໄພ. ຊອກເອົາບ່ອນມີແນວຮອງ, ຊາຍ, ໄມ້ນູ່ນ
ຢູ່ກ້ອງເຄື່ອງຫລິ້ນ. ເລືອກເບິ່ງເຄື່ອງຫລິ້ນນ້ອຍທີ່ເໝາະກັບເດັກນ້ອຍ.
ໃຫ້ຢູ່ໃກ້ໆລາວ (ຍິງ) ເວລາລາວ (ຍິງ) ກຳລັງຫລິ້ນ.

ເດັກຂອງທ່ານອາດພະຍາຍາມອອກຈາກບ່ອນນັ່ງຮີດ. ໃຫ້ຫລີ້ກການ
ປ່ອຍລາວ (ຊາຍ) ອອກ, ຍ້ອນວ່າຕໍ່ໄປລາວຈະພະຍາຍາມອີກ ແລະ ອີກ.

- ຖ້າລາວພະຍາຍາມ, ໃຫ້ເວັ້ນແຂງ, ຢຸດຮີດ, ແລະ ບໍ່ຍອມເຄື່ອນໄປ
ຈົນກວ່າລາວ (ຊາຍ) ຮັດສາຍຮັດຢູ່.
- ເອົາເຄື່ອງຫລິ້ນອ່ອນໆ, ປຶ້ມຮູບ ແລະ ດິນຕຣີເຮັດໃຫ້ລາວ (ຊາຍ)
ມ່ວນຊື່ນຢູ່ໃນຮີດ.
- ທ່ານກໍຮັດສາຍຮັດບ່ອນນັ່ງຮີດກັນ.